**相続人申立書**

令和　　　年　　　月　　　日

　新潟県後期高齢者医療広域連合長　宛

　長岡市長　宛

**１．被相続人**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 |  |  |
| 死亡年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  |

**私は、相続人代表として、上記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）および後期高齢者医療保険料還付の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。**

**□**　**他の相続人は、私（申立人）が相続することについて異議がありません。**

**２．申立人**　　 郵便番号　〒

（相続人代表）

　　　　　　　 　　住　　所

 (フリガナ）

（自署の場合は押印不要）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

死亡した被保険者との続柄

　　　　　　　 　　電話番号

**３．振込先口座**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀　　行・信用金庫信用組合・農　　協労働金庫 | 本　店支　店出張所 | 預金種別 | 1. 普通
2. 当座
3. 貯蓄
 |
| 口　座　番　号 | 口座名義人 |
|  |  |  |  |  |  |  | ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　 |
| **氏名** |

**委任状については相続申立人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入ください。**

|  |
| --- |
| **【委任状】**相続人申立に伴う受領の権限を下記の者に委任します。令和　　　年　　　月　　　日委任する人（申立人）　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（自署の場合は押印不要）委任を受ける人（口座名義人）　住　所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任する人との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　―　　　　　　― |
|
|

【保険料・給付関係送付先】…**相続人代表と同様の場合は、記入不要です。**

住　所　〒

申立人との続柄

 （フリガナ）

　　氏　名

　　電話番号　　　　　―